

# LAPAROSKOPSKA ABDOMINALNA CERKLAŽA PO RADIKALNI VAGINALNI TRAHELEKTOMIJI

Leon Meglič

Univerzitetni Klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika Ljubljana, Klinični oddelek za ginekologijo

## Povzetek

Izhodišča: V Sloveniji je bila leta 2015 incidenca raka materničnega vratu 7,6 /100.000 žensk. Začetni invazivni rak materničnega vratu zdravimo z različnimi kirurškimi metodami. V prispevku želimo prikazati inovativno kombinacijo dveh operacij, ki pripomoreta k ohranitvi rodne sposobnosti in izboljšata izhod nosečnosti. Prva operacija – radikalna vaginalna trahelektomija se začne z laparoskopsko pelvično limfadenektomijo. Vse sumljive bezgavke pošljemo na zmrzli rez, operacijo pa nadaljujemo vaginalno. Odstranimo večino ali ves maternični vrat, njegove parametrije in vaginalno manšeto. Na spodnji segment preostale maternice nastavimo permanentni cerklažni šiv, vse skupaj pa pokrijemo z vagino. Druga operacija – laparoskopna abdominalna cerklaža se začne z vzpostavitvijo pnevmoperitoneja, nato pa z Bercijevo iglo napejemo trak Mersilene okoli istmusa maternice, kjer smo prej napravili incizije peritoneja. Trak zavozlamo in na svojem mestu ostane trajno.

Rezultati: Prvo operacijo smo izvedli pri 23 bolnicah, drugo pa pri 13 (56,5 %). Dejansko jih je zanosilo 12, dve izmed njih dvakrat, vse so rodile s carskim rezom po 36. tednu nosečnosti zdrave otroke. Izjema je ena, ki je naredila umetno prekinitev nosečnosti, druga pa je spontano splavila v 12. tednu.

Zaključki: Že sama radikalna vaginalna trahelektomija je indikacija za laparoskopno abdominalno cerklažo in jo je glede na uspešnost smiselno opraviti takoj, ko se ženska odloči za zanositev.

## Uvod

Rak materničnega vratu (RMV) je še vedno med pogostimi raki pri ženskah v Sloveniji, leta 2015 je znašala incidenca 7,6/100.000 žensk. Večina RMV (60–70 %) je odkritih v zgodnjem, lokaliziranem stadiju bolezni. Poleg okužbe s humanimi papilomskimi virusi (HPV) je za nastanek in razvoj RMV potrebno več let ali celo desetletij od okužbe. Ker je povprečna starost Slovenk, ki prvič rodijo, 30 let, se s tem povečuje tudi število tistih žensk, ki zbolijo za RMV

še pred prvim materinstvom. Zdravljenje zgodnjega RMV stadijev I in II po klasifikaciji FIGO je do nedavnega pomenilo radikalno odstranitev maternice, parametrijev in medeničnih bezgavk. Danes je merilo za uspešno onkološko zdravljenje ne samo preživetje bolnic, ampak tudi kakovost življenja po zdravljenju. Približno 20–30 % zgodnjih oblik RMV diagnosticiramo pri ženskah v rodnem obdobju, zato je pomembno, da ugotovimo primere, kjer je majhna možnost metastaziranja in kjer lahko uspešno zdravimo s posegom, ki ohrani rodno sposobnost.

## **Odložena laparoskopjska abdominalna cerklaža po radikalni vaginalni trahelektomiji**

Na Ginekološki kliniki v Ljubljani smo leta 2009 začeli izvajati radikalno vaginalno trahelektomijo (RVT), ki pri začetnem RMV (stadiji IA in IB1 po klasifikaciji FIGO) omogoča ohranitev telesa maternice. Prvič je bila opisana leta 1994. Pri tej operaciji odstranimo celoten maternični vrat s parametriji in z nožnično manšeto. Operacijo vedno kombiniramo z odstranitvijo medeničnih bezgavk. Po taki operaciji sama zanositev ni problematična, težave so z donošenjem otroka. Več splavov je v drugem trimesečju nosečnosti in več je prezgodnjih porodov. Po svetu skušajo preprečiti izgubo nosečnosti s popolnim zašitjem odprtine materničnega vratu po 12. tednu nosečnosti. Na Ginekološki kliniki v Ljubljani pa smo se odločili izgubo nosečnosti preprečiti z laparoskopjsko abdominalno cerklažo (LAC), ki je po našem mnenju uspešnejša in trajnejša metoda, saj je ni treba izvajati posebej v vsaki nosečnosti. Tako je nastala nova kombinirana metoda zdravljenja začetnega invazivnega raka materničnega vratu, to je odložena laparoskopjska abdominalna cerklaža po radikalni vaginalni trahelektomiji.

## **Naši rezultati po zdravljenju z novo kombinirano metodo zdravljenja**

Indikacije za prvo operacijo sta bili dve, histološko potrjen rak materničnega vratu, tumor mora biti manjši od 2 cm (ocena stadija po FIGO IA1, IA2 in IB1), in bolnica si je morala želeli ohraniti plodnost. Drugo operacijo smo indicirali pri vseh tistih bolnicah, ki so potem dejansko izrazile željo po zanositvi v naslednjih šestih mesecih.

Z RVT smo do sedaj na Ginekološki kliniki v Ljubljani zdravili 23 bolnic z RMV, 13 v stadiju IA1, osem v stadiju IA2 in dve v stadiju IB1. Pri eni bolnici z adenokarcinomom je bolezen napredovala neposredno po operaciji in bolnica je umrla osem mesecev po RVT, pri nobeni od ostalih 22 do sedaj recidiva bolezn nismo našli. Deset bolnic (43,5 %) se za nosečnost po zdravljenju RMV še ni odločilo. Prvi dve bolnici, ki sta po operaciji zanosili, sta spontano splavili

v 18. oz. 19. tednu nosečnosti. Obe sta po sekundarni operaciji LAC uspešno donosili in rodili s carskim rezom v 38. tednu oziroma v 36. tednu nosečnosti zdrava otroka. Po tem smo vsem, ki so si želele zanositi v naslednjega pol leta, napravili LAC. Ena je umetno prekinila nosečnost, druga je splavila v 12. tednu zaradi odmrtja ploda, tretja je v postopku IVF-ET. Vse ostale so rodile zrele plodove s carskim rezom, dve med njimi po dvakrat.

## Razpravljanje

Operacijo RVT je razvil in leta 1994 objavil prof. Dargent (Francija). Rezultati zdravljenja bolnic po RVT po 16 letih opazovanja kažejo, da sta število ponovitev bolezni in umrljivost pri teh bolnicah povsem primerljiva z rezultati pri bolnicah, ki so bile operirane klasično, to je z radikalno histerektomijo po Wertheim-Meigs-Novaku (4,2 % vs. 2,8 %). Kar 63 % vseh bolnic, ki so se odločile po operaciji za nosečnost, je tudi zanosilo. Iz rezultatov, ki jih je 2011 objavila Plante, je razvidno, da je bilo med njimi 20 % takih, ki so splavile v prvem trimesečju, in 3 % v drugem. Do tretjega trimesečja jih je donosilo 73 %, 75% od njih do zrelosti ploda. Analiza rezultatov nosečnosti pri bolnicah po zdravljenju RMV z RVT je pokazala, da je splavnost v prvem trimesečju nosečnosti primerljiva s splavnostjo v zdravi populaciji, večje pa so bile izgube v drugem trimesečju in več je bilo prezgodnjih porodov v primerjavi z zdravimi ženskami.

Abdominalna cerklaža ni nova operacija, podrobno jo je opisal že leta 1965 Benson, in sicer kot uspešno alternativo vaginalni cerklaži. 85 % do 90 % njegovih bolnic, ki jim je naredil abdominalno cerklažo, je donosilo plod do viabilnosti. Leta 1991 je Novy predlagal indikacije za abdominalno cerklažo, ki večinoma veljajo še danes, med njimi pa ni stanja po trahelektomiji, ki je takrat še niso poznali. Laparoskopsko različico abdominalne cerklaže je prvi opisal Scibetta leta 1998 in s tem je metoda postala minimalno invazivna. Strokovna javnost jo je dobro sprejela. Nekatere v študijah opisane bolnice so imele pred laparoskopsko abdominalno cerklažo opravljene konizacije, po trahelektomiji pa ni bilo nobene. V preglednem članku iz leta 2007 (Jolley) so objavili, da zašitje vagine po 12. tednu nosečnosti ni imelo vpliva na splavnost v drugem trimesečju ali na prezgodnje porode. Naše bolnice so operacije dobro prestale in so nad materinstvom navdušene, dve sta si upali iti skozi nosečnost dvakrat. Umetna prekinitvev nosečnosti glede na podatke ni bila potrebna. Spontani splav v prvem trimesečju ni zaplet predhodnih posegov. Edina smrt med bolnicami pa je posledica izredno malignega poteka bolezni, ki ga tudi radikalna histerektomija ne bi preprečila.

## Zaključki

Na naši kliniki smo v izogib splavom v drugem trimesečju po operaciji RVT metodo nadgradili z LAC, kar se je izkazalo za zelo uspešno kombinacijo. Kar deset bolnic (76,9 %) od 13, ki so imele tudi LAC, je rodilo s carskim rezom zdrave otroke, dve celo dvakrat. To nas še dodatno utrjuje v prepričanju, da smo se s kombinacijo obeh opisovanih metod dobro odločili.

## Viri in literatura

1. Benson RC, Durfee RB. Transabdominal cervicouterine cerclage during pregnancy for the treatment of cervical incompetency. *Ob Gyn* 1965; 25: 145-55.
2. Dargent D, Brun JL, Roy M e tal. Pregnancies following radical trachelectomy for invasive cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1994; 52: 105.
3. Jolley JA, Battista L, Wing DA. Management of pregnancy after radical trachelectomy: Case reports and systematic review of the literature. *Amer J Perinatol* 2007; 24: 531-9.
4. Novy MJ. Transabdominal cervicoisthmic cerclage: a reappraisal 25 years after its introduction. *Am J Ob Gyn* 1991; 164: 1635-42.
5. Plante M, Gregorie J, Renaud MC, Roy M. The radical vaginal trachelectomy: an update of a series of 125 cases and 106 pregnancies. *Gynecol Oncol* 2011; 121: 290-7.
6. Plante M. Fertility preservation in the management of cervical cancer. *CME J Gynecol Oncol* 2003; 8: 128 – 38.
7. Rak v Sloveniji 2015. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2016.
8. Scibetta JJ, Stanko SR, Phipps WR. Laparoscopic transabdominal cervicoisthmic cerclage. *Fertil Steril* 1998; 69: 161-3.
9. Shepherd JH. Challenging dogma: radical conservation surgery for early stage cervical cancer in order to retain fertility. *Ann R Coll Surg Engl* 2009; 91: 181-7.